



Lycée Privé Provence Verte
LEAP de St Maximin
125, chemin du Prugnon - D 560 L
83470 SAINT MAXIMIN
Tel : 04 94 86 52 93
E Mail : st-maximin@encap.fr
N°R.N.E. Etablissement : 0831109E



**CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE
 À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné (e), Docteur en Médecine :

Exerçant à

Certifié, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné l'élève :

Nom

Prénom

Etablissement **LEAP de St Maximin**

Né (e) le

et constaté ce jour que son état de santé entraîne

Une inaptitude partielle

Du _____ au _____

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes de capacités fonctionnelles ce que l'élève peut faire, ainsi que les types d'efforts autorisés et/ou déconseillés.

Mouvements essentiels			Types d'efforts			Types de situation		
	oui	non		oui	non		oui	non
Marcher			Effort long et modéré			Activité aquatique		
Courir			Effort Intense et bref			Activité en hauteur		
Sauter						En fonction de conditions climatiques Particulières		
Lancer								
S'accroupir								
Déplacements latéraux								
Lever porter								
Rotations								
Autres								

Commentaires éventuels :

Dans le cas où il n'y a aucune capacité fonctionnelle, je prononce

une inaptitude totale

Fait à _____ le

Signature et cachet du médecin

Nombre de cases cochées ____